***Załącznik nr 5 do SIWZ***

**Zestawienie parametrów technicznych/opis przedmiotu zamówienia**

**zadanie nr 1 - dostawa mebli medycznych**

**poz.1 – szafka na leki z termometrem – 4 szt.**

Oferowany model: ……………………..….. (model, nr katalogowy)

Kraj pochodzenia: …………………………. (wypełnia wykonawca)

Rok produkcji ……………………………. (wypełnia wykonawca)

Producent: ……………………………... (pełna nazwa, adres)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów**  | **Wartość wymagana** | **Parametr oferowany** **(podać zakresy lub opisać)** |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Lodówka - szafa na leki chłodnicza – przeszklone drzwi | TAK |  |
| 2 | Wymiary: (+/-10%)Długość 60 mmSzerokość 60 mmWysokość 173 mm | TAK - podać |  |
| 3 | Zakres temperatury od 0°C do 15°C | TAK - podać |  |
| 4 | Pojemność całkowita min. 350 l | TAK- podać |  |
| 5 | Półki 6 drucianych plus zintegrowana na dnie | TAK |  |
| 6 | Wbudowany zamek w drzwiach | TAK |  |
| 7 | Moc 0,21 kW, waga max 85 kg | TAK |  |
| 8 | Sterowanie mechaniczne, automatyczne rozmrażanie, system wentylacji, max temp. otoczenia 32 st. C. | TAK |  |
| 9 | Wewnętrzne oświetlenie LED, automatyczny system odparowania wody, czynnik chłodniczy R600a | TAK |  |
| 10 | Regulowane nóżki, z termometrem analogowym | TAK |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

..................................................................................

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 2 Dostawa lodówek**

**Lodówki na leki oraz żywność**

**poz.1 – lodówka na żywność – 2 szt.**

Oferowany model: ……………………..….. (model, nr katalogowy)

Kraj pochodzenia: …………………………. (wypełnia wykonawca)

Rok produkcji ……………………………. (wypełnia wykonawca)

Producent: ……………………………... (pełna nazwa, adres)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów**  | **Wartość wymagana** | **Parametr oferowany** **(podać zakresy lub opisać)** |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Lodówka do przechowywania z drzwiami pełnymi kolor srebrny | TAK |  |
| 2 |  Z blachy malowanej proszkowo | TAK |  |
| 3 | Wnętrze z aluminium | TAK |  |
| 4 | Klasę energetyczną A ++  | TAK |  |
| 5 | Tryb: eko oszczędzanie energii | TAK |  |
| 6 | Uszczelki w drzwiach: antybakteryjna | TAK |  |
| 7 | Oświetlenie: LED | TAK |  |
| 8 | Sterowanie mechaniczne | TAK |  |
| 9 | Wysokość [cm] 150(+/-10%) | TAK |  |
| 10 | Szerokość [cm] 59(+/-10%) | TAK |  |
| 11 | Głębokość [cm]66(+/-10%) | TAK |  |
| 12 | Liczba drzwi 1 | TAK |  |
| 13 | Poziom hałasu max (dB) 42 | TAK |  |
| 14 | Liczba termostatów 1 | TAK |  |
| 15 | Zakres temperatury 0 st. C do 8 st. C | TAK |  |
| 16 | Chłodziarka z systemem odmrażania | TAK |  |
| 17 | Liczba półek (pojemników) 1 zakres temperatury do -25°C | TAK |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

..................................................................................

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**poz.1 – lodówka na leki – 1 szt.**

Oferowany model: ……………………..….. (model, nr katalogowy)

Kraj pochodzenia: …………………………. (wypełnia wykonawca)

Rok produkcji ……………………………. (wypełnia wykonawca)

Producent: ……………………………... (pełna nazwa, adres)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów**  | **Wartość wymagana** | **Parametr oferowany** **(podać zakresy lub opisać)** |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Lodówka - szafa na leki chłodnicza – przeszklone drzwi | TAK |  |
| 2 | Wymiary: (+/-10%)Długość 60 mmSzerokość 60 mmWysokość 173 mm | TAK - podać |  |
| 3 | Zakres temperatury od 0°C do 15°C | TAK - podać |  |
| 4 | Pojemność całkowita min. 350 l | TAK- podać |  |
| 5 | Półki 6 drucianych plus zintegrowana na dnie | TAK |  |
| 6 | Wbudowany zamek w drzwiach | TAK |  |
| 7 | Moc 0,21 kW, waga max 85 kg | TAK |  |
| 8 | Sterowanie mechaniczne, automatyczne rozmrażanie, system wentylacji, max temp. otoczenia 32 st. C. | TAK |  |
| 9 | Wewnętrzne oświetlenie LED, automatyczny system odparowania wody, czynnik chłodniczy R600a | TAK |  |
| 10 | Regulowane nóżki, z termometrem analogowym | TAK |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

..................................................................................

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 3 Dostawa mebli medycznych**

**poz.1 – wózki leżące do transportu pacjentów – 2 szt.**

Oferowany model: ……………………..….. (model, nr katalogowy)

Kraj pochodzenia: …………………………. (wypełnia wykonawca)

Rok produkcji ……………………………. (wypełnia wykonawca)

Producent: ……………………………... (pełna nazwa, adres)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów**  | **Wartość wymagana** | **Parametr oferowany** **(podać zakresy lub opisać)** |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Stalowa konstrukcja wózka pokryta jest lakierem proszkowym, odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące. | TAK |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne wózka Długość max 210 cmSzerokość max 69 cm | TAK |  |
| 3 | Szerokość leża max: 63cm | TAK |  |
| 4 | Oparcie pleców regulowane za pomocą sprężyny gazowej  | TAK |  |
| 5 | Leże wózka dwusegmentowe wypełnione trwałą siatką metalową | TAK |  |
| 6 | Wózek z regulacją wysokości leża realizowaną za pomocą pompy hydraulicznej zakresie min: 46cm – 85cm | TAK |  |
| 7 | Cztery koła jezdne o średnicy min. 150 mm zapewniają bezproblemową jazdę na korytarzach szpitalnych  | TAK |  |
| 8 | Koła blokowane za pomocą centralnej blokady  | TAK |  |
| 9 | Dopuszczalne obciążenie min 170 kg. | TAK |  |
| 10 | Plastikowa obudowa podłoża zasłaniająca inne elementy wózka – umożliwiająca również położenie rzeczy przewożonego pacjenta.  | TAK |  |
| 11 | W narożnikach cztery krążki odbojowe zabezpieczające wózek przed obiciami. | TAK |  |
| 12 | Barierki boczne wykonane z aluminium składane wzdłuż leża składające się z 5 poprzeczek pionowych-składanie przy pomocy jednej ręki | TAK |  |
| 13 | W segmencie nóg zamontowany metalowy uchwyt do przetaczania wózka | TAK |  |
| 14 | Pod leżem kosz na butlę z tlenem | TAK |  |
| 15 | Wyposażenie:- materac z pasami umożliwiającymi przenoszenie pacjenta- wieszak kroplówki- kosz na butlę z tlenem | TAK |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

..................................................................................

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**zadanie nr 4 dostawa mebli medycznych**

**poz.1 – szafka lekarska dwudrzwiowa – 2 szt.**

Oferowany model: ……………………..….. (model, nr katalogowy)

Kraj pochodzenia: …………………………. (wypełnia wykonawca)

Rok produkcji ……………………………. (wypełnia wykonawca)

Producent: ……………………………... (pełna nazwa, adres)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów**  | **Wartość wymagana** | **Parametr oferowany** **(podać zakresy lub opisać)** |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Szafa medyczna posiada dwa skrzydła drzwi uchylnych, zawieszone na zawiasach kołkowych.  | TAK |  |
| 2 | Wykonana jest z blachy o grubości 0,8-1 mm | TAK |  |
| 3 | Drzwi i boki szafy posiadają przeszklenie wykonane z szyby hartowanej | TAK |  |
| 4 | Drzwi zamykane są zamkiem baskwilowym, ryglującym w trzech punktach i wykończonych uchwytem klamkowym. | TAK |  |
| 5 | Szafa wyposażona jest w 4 półki wykonane ze szkła hartowanego o maksymalnym udźwigu 25 kg.  | TAK |  |
| 6 | Malowana jest farbami proszkowymi (epoksydowo-poliestrowymi) w kolorze białym | TAK |  |
| 7 | Wymiary zewnętrzne szafy:Szerokość: 900 mm +/- 20 mmGłębokość: 410 mm +/- 20 mmWysokość: 1800 mm +/- 20 mm | TAK |  |
| 8 | Na wyposażeniu szafy termometr umożliwiający odczyt temperatury | TAK |  |

**poz.2 – szafka lekarska pojedyncza – 1 szt.**

Oferowany model: ……………………..….. (model, nr katalogowy)

Kraj pochodzenia: …………………………. (wypełnia wykonawca)

Rok produkcji ……………………………. (wypełnia wykonawca)

Producent: ……………………………... (pełna nazwa, adres)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów**  | **Wartość wymagana** | **Parametr oferowany** **(podać zakresy lub opisać)** |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Szafa medyczna na leki posiada jedno, uchylne skrzydło drzwi, zawieszone na zawiasach kołkowych.  | TAK |  |
| 2 | Wykonana jest z blachy czarnej o grubości 0,8-1 mm | TAK |  |
| 3 | Drzwi i boki szafy posiadają przeszklenie wykonane z szyby hartowanej | TAK |  |
| 4 | Drzwi zamykane są zamkiem baskwilowym, ryglującym w trzech punktach i wykończonych uchwytem klamkowym.  | TAK |  |
| 5 | Szafa wyposażona jest w 4 półki wykonane ze szkła hartowanego o maksymalnym udźwigu 25 kg.  | TAK |  |
| 6 | Malowana jest farbami proszkowymi (epoksydowo-poliestrowymi) w białym | TAK |  |
| 7 | Wymiary zewnętrzne szafy:Szerokość: 600 mm +/- 20 mmGłębokość: 420 mm +/- 20 mmWysokość: 1800 mm +/- 20 mm | TAK |  |
| 8 | Na wyposażeniu szafy termometr umożliwiający odczyt temperatury | TAK |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

..................................................................................

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**dot. zadania nr 1 do 4**

**zadanie nr …….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancyjne i serwisowe** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Dostawa i uruchomienie towaru wraz z instalacją. | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona najpóźniej w dniu odbioru. | TAK |  |
| 3. | Gwarancja na zaoferowany towar **min. 24 miesiące** | TAK |  |
| 4. | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności producenta na oferowany towar. | TAK |  |
| 5. | **Czas reakcji na zgłoszenie awarii** – maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii do 48 godz., czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw max. 4 dni, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów max. 7 dni. | TAK (podać) |  |
| 6. | Potwierdzenie parametrów technicznych przez producenta oferowanego przedmiotu zamówienia w oryginalnych materiałach producenta i/lub oświadczeniach przedstawiciela producenta na terenie Polski, umożliwiające weryfikację zgodności oferowanego produktu z wymaganiami Zamawiającego określonymi w SIWZ. | TAK/NIE odpowiednio do zadań |  |
| 7. | Adres i nazwę autoryzowanego serwisu – telefon, faks | TAK (podać) |  |

..................................................................................

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Uwaga:**

Należy wypełnić oddzielenie do każdego z zadań na które jest składana oferta.